

Escores de Risco em Síndrome Coronariana Aguda: Separando o Joio do Trigo

Risk Scores in Acute Coronary Syndrome: Separating the Wheat from the Chaff

Antonio Carlos Carvalho e Iran Gonçalves Jr.

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil

As síndromes coronarianas agudas (SCA) são responsáveis por mais de 1,7 milhão de internações anualmente nos Estados Unidos da América, constituindo uma das formas de manifestação mais frequentes de emergências médicas. O Escore de Risco Dante Pazzanese¹, para síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCA sem supra), é uma iniciativa ambiciosa, pioneira a nível nacional e feita para estimar morte ou reinfarto em 30 dias. Ele procura ser prático e possui a vantagem teórica de provir de pacientes brasileiros da vida real.

Em SCA sem supra, os escores mais validados são o do PURSUIT², o do grupo TIMI³ e o escore geral para SCA do GRACE⁴. O escore do Dante é tão simples de usar quanto os demais, utiliza variáveis próximas aos outros citados (idade, antecedentes, ECG, marcadores, creatinina, IECA) e desenvolveu quatro grupos de risco - separar melhor casos de risco médio pode ser muito interessante -, desde um "muito baixo", até um "alto risco", com 2% e 47% de eventos, respectivamente. Nesse escore, a proporção de eventos é 23 vezes maior no grupo mais grave (comparativamente, o TIMI é 4 X 40% ou 10 vezes maior). O *C statistic* para a escala de pontuação foi de 0.74, demonstrando bom desempenho para identificar os eventos definidos em 30 dias (PURSUIT e GRACE têm C de 0.80 e 0.81 para óbito hospitalar, e 0.77 e 0.79 para óbito de um ano, respectivamente). O *C*, portanto, é quase equivalente e possui boa capacidade de prognóstico. Mas não há menção no artigo do Hosmer-Lemeshow ou *goodness of fit test*, importante para informar se há ou não chance de sub ou superestimação de eventos.

Dúvidas adicionais em relação ao escore proposto poderiam ser resumidas em: os pacientes com SCA que procuram o Dante refletem a média brasileira? Porque não entrou recidiva de isquemia no escore? Qual foi a percentagem de cada um dos quatro grupos nos 1.027 pacientes? Além disso, só há, surpreendentemente, 14 pacientes com Killip > 1 na população estudada, razão provável pela qual a insuficiência

cardíaca congestiva (ICC) não foi significativa na multivariável e ficou fora da constituição do escore. Não há menção, nas referências, de um artigo de 2008, encampado pelas principais Sociedades Internacionais⁵, que redefine e tenta uniformizar critérios diagnósticos de reinfarto e infarto, espontâneo e pós-intervenções, o que tem implicação importante para a construção da escala de infartos e reinfartos, mesmo que a *posteriori*. Finalmente, uma comparação com os outros escores já poderia ter sido feita, permitindo uma informação adicional e inicial de como esse escore nacional se comportaria frente aos plenamente validados globalmente e tradicionalmente usados na literatura internacional.

Uma estratificação adequada é fundamental para transferir casos graves para locais de maiores recursos, e para evitar exames ou internações desnecessárias em indivíduos de baixo risco ou sem SCA. Esses aspectos são extremamente úteis para a gestão eficiente de leitos hospitalares e dos poucos recursos econômicos que possuímos, oferecendo, portanto, uma oportunidade de atendimento eficiente e com qualidade⁶⁻⁸. Os escores de risco são superiores à avaliação em baixo, médio e alto risco, feita isolada e individualmente pelo clínico, onde frequentemente dados como idade, ICC, instabilidade hemodinâmica, creatinina e supervalorização de alterações isoladas de ondas T contribuem para um número maior de erros diagnósticos⁹. Esforços adicionais para refinar nossa avaliação de risco em SCA são bem-vindos e o escore de risco do Dante precisa agora ser validado em outros locais para ter o seu grau de utilização definido.

À medida que nossa civilização mudou seus paradigmas, com mais jovens usando drogas ilegais, mais mulheres com duplo emprego e duplo *stress*, e com nossa população ficando mais idosa e com maior ocorrência de comorbidades, os desafios na identificação de SCA aumentaram. Essas situações mencionadas, e a possibilidade de uso de equipamentos, medicamentos e terapêuticas mais complexas e de alto custo, exigem uma separação adequada do joio do trigo e, é esse desafio que o escore do Dante vai enfrentar. Com cardiologistas preparados e de excelente nível e uma Sociedade Brasileira de Cardiologia madura, que quer efetivamente contribuir para melhorar a condição de saúde cardiovascular de nossa população, temos que lutar por melhores condições para o tratamento de SCA, e oferecer soluções nossas que contribuam para melhorar a saúde cardiovascular dos brasileiros. É a nossa população que fará a avaliação final do mérito que nossas pesquisas e pesquisadores já desfrutaram internacionalmente. Acreditamos que, como demonstra o artigo que motivou este Editorial, estamos no caminho certo.

Palavras-chave

Síndrome coronariana aguda, medição de risco, escores.

Correspondência: Antonio Carlos Carvalho •

Avenida Jandira 731 ap 23 - Moema - 04080 004 - São Paulo, SP - Brasil
E-mail: acarloscc@cardiol.br, carvalho.cardiocir@terra.com.br
Artigo recebido em 19/03/09; revisado recebido em 03/04/09;
aceito em 03/04/09.

Referências

1. Santos ES, Timerman A, Baltar VT, Castillo MTC, Pereira MP, Minuzzo L, et al. Escore de risco Dante Pazzanese para síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento de segmento ST - Arq Bras Cardiol. 2009; 93(4):343-51.
2. Boersma E, Pieper KS, Steyerberg EW, Wilcox RG, Chang WC, Lee KL, et al. Predictors of outcome in patients with acute coronary syndromes without persistent ST elevation. Results from an international trial of 9461 patients. The PURSUIT Investigators. *Circulation*. 2000; 101: 2557-67.
3. Antman EM, Cohen M, Bernink PJLM, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. *JAMA*. 2000; 284: 835-42.
4. Eagle KA, Lim MJ, Dabbous OH, Pieper KS, Goldberg RJ, Van der Werf F, et al. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome estimating the risk of 6-month post-discharge death in an international registry. *JAMA*. 2004; 291: 2727-33.
5. Thygesen K, Alpert JS, White HD, Joint ESC / ACCF / AHA / WHF / Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2007; 50:2173-95.
6. Ramsay G, Podogrodzka M, McClure C, Fox KA. Risk prediction in patients presenting with suspected cardiac pain: the GRACE and TIMI risk scores versus clinical evaluation. *QJM*. 2007; 100 (1): 11-8.
7. Vesely MR, Kelemen MD. Cardiac risk assessment: matching intensity of therapy to risk. *Cardiol Clin*. 2006; 24 (1): 67-78.
8. de Araújo Gonçalves P, Ferreira J, Aguiar C, Seabra-Gomes R. TIMI, PURSUIT, and GRACE risk scores : sustained prognostic value and interaction with revascularization in NSTEMI-ACS. *Eur Heart J*. 2005; 26 (9): 865-72.
9. Yan AT, Yan RT, Huynh T, Casanova A, Raimondo FE, Fitchett DH, et al. Understanding physicians' risk stratification of acute coronary syndromes: insights from the Canadian ACS 2 Registry. *Arch Intern Med*. 2009; 169 (4): 372-8.